

*Agir ensemble*

*pour la santé des femmes*

**RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE**

**AVRIL 2004**

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

4273, rue Drolet, bureau 406

Montréal (Québec) H2W 2L7

Téléphone : (514) 877-3189

Courriel : [rqasf@rqasf.qc.ca](mailto:rqasf@rqasf.qc.ca)

**RECHERCHE :**

Marcelle Dubé

**ANALYSE COLLECTIVE :**

*Comité de pilotage* : Caroline Gagnon, Isabelle Guérard, Marie-Thérèse Forest, Thérèse Larochelle, Blanche Paradis

*Conseil d'administration* : Sylvie Boulanger, Lise Lamontagne, Fernande Ménard, Stéphanie Paquin, Nathalie Parent, Manon Sabourin, Lina Vaillancourt

*Équipe des travailleuses* : France Doyon, Marcelle Dubé, Chantal Ann Dumas, Johanne Frenette, Lise Goulet, Isabelle Mimeault

**RÉDACTION :**

Johanne Carbonneau, France Doyon, Marcelle Dubé, Lise Lamontagne

**RÉVISION LINGUISTIQUE :**

Johanne Carbonneau, Kromp et Poirier

**MISE EN PAGE :**

Claude Poitras

Les points de vue exprimés ici sont uniquement ceux des auteures et ne représentent pas nécessairement la politique officielle de **Condition féminine Canada** que nous remercions pour son soutien financier.

Le RQASF souscrit à une politique de féminisation et utilise le guide des Instances de l'UQAM.

Montréal,

© RQASF, avril 2004

ISBN : 2-9806433-7-8

---

# *Avant propos*

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est issu du Regroupement des centres de santé des femmes du Québec (1985). C'est un organisme provincial multidisciplinaire dont la mission est de travailler solidairement dans une perspective féministe à l'amélioration de la santé et des conditions de vie des femmes. Ses objectifs sont de promouvoir et de défendre, par l'action collective et l'action politique, les droits et les intérêts des femmes en matière de santé, sur les plans sociétal, politique, législatif et gouvernemental ; d'adopter et de faire valoir une approche globale de la santé des femmes ; de regrouper et de mobiliser les femmes et les organisations préoccupées par la santé des femmes ; d'agir pour et avec les femmes, dans la reconnaissance de leurs savoirs et la prise en charge de leur santé. Il compte cent cinquante membres dont la majorité sont des organismes communautaires. Bien qu'il s'intéresse à la santé et aux conditions de vie de toutes les femmes, le RQASF tient compte, dans ses interventions publiques, dans ses activités de formation et de recherche, des situations particulières vécues par les femmes marginalisées, soit en raison de leur statut socio-économique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de leur couleur ou origine ethnique, etc.

Aujourd'hui, le RQASF est fier de vous présenter le bilan d'une consultation qu'il a réalisée auprès de dix régions du Québec, principalement sur la question des comités aviseurs au sein des régies régionales. Il s'agit de l'aboutissement d'un long travail collectif qui n'a pas été sans heurts. Le RQASF tient donc à remercier chaleureusement toutes les femmes qui ont accepté de participer au processus, notamment les nombreuses répondantes qui nous ont livré leurs opinions dans le cadre d'entrevues de groupes ou individuelles ou encore en acceptant de répondre à divers questionnaires. Salutations cordiales également aux membres du comité de pilotage qui ont accompagné la démarche. Le RQASF tient enfin à remercier les membres du conseil d'administration qui s'est largement investi tout au long de la démarche et qui, avec l'équipe des travailleuses, ont accepté de participer à deux rencontres de travail spéciales pour rendre à terme ce projet.

La présentation des résultats de cette consultation, en lien avec la conjoncture actuelle, est prévue pour l'automne 2004.

L'équipe du RQASF





# Faits saillants

AGIR ENSEMBLE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

## LES GROUPES DE FEMMES REPRÉSENTENT ET DÉFENDENT LES INTÉRÊTS DES FEMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ...

Depuis la mise en œuvre de la réforme de la santé et des services sociaux, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) s'est préoccupé de la place accordée aux besoins spécifiques des femmes dans les structures régionales.

Diverses consultations des groupes de femmes ont permis d'en arriver aux constatations suivantes :

- ◆ L'absence de préoccupation sur la santé des femmes au sein des régies régionales ;
- ◆ La détérioration des instruments démocratiques au sein de ces institutions.

Le RQASF a jugé pertinent de faire le point sur les interrogations soulevées par la réforme de la santé et des services sociaux et sur le bilan que font les représentantes des groupes de femmes des comités aviseurs.

## EN S'APPUYANT SUR L'APPROCHE FÉMINISTE...

L'approche féministe en santé des femmes diffère du discours dominant. De nombreux groupes de femmes ont articulé leurs objectifs autour de la règle des « 4 D » : déprofessionnaliser, démedicaliser, déséxiser et dévictimiser.

Pour préserver leurs acquis, les groupes de femmes s'investissent rapidement dans toutes les structures émergentes de la réforme de la santé et des services sociaux. Les représentantes des groupes de femmes réclament alors une formule de participation

favorisant la défense des intérêts des femmes en matière de santé, ce qui dans plusieurs régions se concrétise par la mise en place de comités aviseurs au sein des régions régionales.



#### **AVEC OU SANS COMITÉ AVISEUR.**

---

Dix années après la réforme de la santé et des services sociaux, la recherche *Agir ensemble pour la santé des femmes* fait le point à partir d'un premier sondage :

- ◆ Sur quinze régions étudiées, neuf possèdent un comité aviseur.
- ◆ Dans cinq des six autres régions, les groupes de femmes veulent participer à cette instance, mais ont également développé d'autres moyens pour faire entendre les demandes des femmes.
- ◆ Il n'existe pas de modèle unique des comités aviseurs, ceux-ci représentant une grande diversité de modèles dans les neuf régions où ils sont en opération.



#### **L'ENQUÊTE...**

---

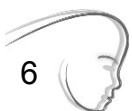
L'enquête qualitative, s'appuyant sur l'expérience de quarante-deux femmes militantes chevronnées, permet ensuite d'approfondir la réalité des régions et met en lumière certaines constatations sur les stratégies adoptées en regard de la défense des intérêts spécifiques des femmes en matière de santé.



#### **PORTE SUR LA MISE SUR PIED DES COMITÉS AVISEURS...**

---

Les groupes de femmes se sont intéressés à l'implantation des comités aviseurs et à la place de la répondante à la condition féminine dans les structures régionales pour trois raisons principales : obtenir une reconnaissance de leur expertise, assurer leur financement et



accéder aux instances de pouvoir sur les questions relatives à la santé des femmes.



### **SUR LEUR STRUCTURE...**

---

Au-delà des disparités de modèle des comités aviseurs quant à leur mise en place, à leur composition et à leur fonctionnement, certaines contraintes s'imposent dans toutes les régions :

- ◆ Les représentantes des groupes de femmes siègent à ces comités à titre individuel et non en tant que représentante de leur organisme.
- ◆ Le pouvoir qu'elles peuvent y exercer est très limité puisque le mandat des comités en est un de recommandation et que le comité est redevable, en général, à la direction de la régie plutôt qu'au conseil d'administration.
- ◆ Des difficultés découlent aussi des limites du mandat de la répondante à la condition féminine. Ambassadrice des groupes de femmes, cette dernière n'en demeure pas moins une employée de la régie.



### **SUR LES AUTRES STRATÉGIES DÉVELOPPÉES...**

---

Avec ou sans comité aviseur, le travail des représentantes des groupes de femmes consiste à développer des programmes, des plans d'action ou des services qui tiennent compte de la spécificité des femmes, à demander du financement, et à tenter de faire pénétrer l'analyse féministe au sein de la régie.

Dans toutes les régions, l'élaboration d'avis est la stratégie privilégiée. Dans les régions sans comité aviseur, les groupes de femmes font des représentations au conseil d'administration de la régie, participent à diverses instances ou organisent des activités régionales susceptibles d'interpeller les centres de décision.



## **ET PRÉSENTE UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES FEMMES DANS PLUSIEURS RÉGIONS DU QUÉBEC.**

---

Un volet de l'enquête a permis de mieux cerner les enjeux défendus par les représentantes des groupes de femmes et de révéler une situation alarmante quant à l'état de santé des femmes qui fréquentent ces groupes. La situation décrite révèle la nécessité de développer une approche qui tienne compte des besoins spécifiques des femmes et confirme la nécessité d'investir les lieux politiques pour obtenir des changements.

Il se dégage de ce volet que les objectifs d'information, d'éducation et de conscientisation demeurent fondamentaux pour les groupes de femmes. L'ampleur du travail qu'il reste à faire représente un énorme défi pour celles qui acceptent de soulever ces questions au sein des comités aviseurs ou de toute autre instance régionale.



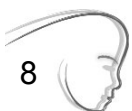
## **LA RECHERCHE FAIT ÉTAT D'UN BILAN MITIGÉ DES COMITÉS AVISEURS...**

---

Les répondantes témoignent des gains réels et mesurables qui ont résulté de leur implication dans les comités aviseurs, comme le financement, la consolidation des ressources et la reconnaissance.

Mais la liste des insatisfactions est importante et se rapporte surtout aux relations compliquées et instables avec la régie, aux difficultés inhérentes au partenariat, à la marginalisation de l'analyse féministe et à la double contrainte vécue par les représentantes des groupes de femmes qui doivent siéger sur les comités à titre individuel. L'écart entre le pouvoir souhaité et le pouvoir exercé est source d'incompréhensions et de déceptions. L'investissement dans la concertation régionale au détriment de l'engagement provincial compte aussi parmi les insatisfactions soulevées.

Face au défi de développer et de faire valoir une approche globale de la santé des femmes, les comités aviseurs représentent un des lieux d'influence parmi un ensemble d'actions concertées des groupes





de femmes visant à obtenir un impact réel sur les politiques gouvernementales.



---

#### **ET PRÉSENTE DES PERSPECTIVES D'AVENIR.**

Les représentantes des groupes de femmes de toutes les régions reconnaissent la nécessité de poursuivre les travaux et d'améliorer les relations avec les structures régionales. Mais on estime primordial de diversifier les modèles et les actions, d'intégrer l'approche féministe dans les travaux et de redéfinir les mandats des représentantes des groupes de femmes et de la répondante à la condition féminine.

Ni l'implication dans les comités aviseurs ni la présence d'une répondante à la condition féminine n'éliminent la nécessité pour les groupes de femmes de se rallier et de se regrouper, afin d'être reconnus par la régie régionale, ou toute autre instance, comme LA référence en matière de santé des femmes.



---

#### **EN GUISE DE CONCLUSION**

Articuler une idée commune, créer une cohésion, se rassembler autour de la question de la santé des femmes, voilà ce qui apparaîtrait pour plusieurs comme un incontournable et une nécessité. Il semblerait donc important de revenir à une lecture collective de la problématique sur le terrain. Cette lecture de la réalité des femmes devrait conduire à une lecture politique qui s'articulerait en fonction de stratégies d'action choisies et mises de l'avant par la suite.



# Introduction

Quel est l'espace réservé aux besoins spécifiques des femmes dans la structure des régions régionales de santé ? La recherche Agir ensemble pour la santé des femmes répond à cette préoccupation du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) qui a manifesté son implication à l'égard de ce dossier dès l'amorce de la réforme du système de santé et des services sociaux du Québec. De 1996 à 1998, le RQASF procède à plusieurs consultations auprès des groupes de femmes du Québec et organise le Forum pour la santé des femmes en 1998 où une des recommandations précise l'importance de reconnaître le RQASF comme un interlocuteur incontournable représentant les intérêts des Québécoises en matière de santé des femmes. Tout au long de cette période, le RQASF participe aux actions d'autres groupes, notamment aux séminaires sur les femmes, la santé et la régionalisation, organisés par l'R des centres de femmes du Québec en 1997. Le cahier synthèse de ces séminaires fait alors état d'un consensus sur l'importance d'une instance chargée de défendre les intérêts spécifiques des femmes au sein des régions régionales, et que cette instance soit dotée d'un pouvoir réel. Le RQASF participe également aux rencontres organisées en 1999 par la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, et est solidaire de ses revendications, particulièrement celle qui vise à favoriser l'appropriation par les femmes de l'information les concernant et de stratégies adaptées à leurs besoins.

À l'issue de ces processus de consultation, les groupes de femmes reconnaissent l'absence de préoccupation sur la santé des femmes au sein des régions régionales et la détérioration des instruments démocratiques de représentation et de défense des intérêts des femmes à l'intérieur des institutions. Les groupes de femmes considèrent, d'une manière générale, que les politiques relatives à la santé des femmes ne répondent pas à leurs attentes, particulièrement en regard de l'accès à l'information et de l'évaluation des services. Alors que le pouvoir des gestionnaires s'est accru, on note aussi que les politiques relatives à la santé des femmes sont peu connues et que leurs applications au niveau régional sont soit absentes, soit inconséquentes.

Dès la mise en œuvre de la réforme, et dans certains cas auparavant, les groupes de femmes ont réclamé une formule de participation favorisant la défense des intérêts des femmes en matière de santé, ce qui dans plusieurs régions s'est concrétisé par la mise en place de comités aviseurs au sein des régies régionales. Mais cette formule ne fait pas l'unanimité et l'on constate que ces comités démontrent une grande absence d'homogénéité quant à leur composition, à leur mandat, et à leurs pouvoirs.

Bien que l'opinion des groupes de femmes sur les comités aviseurs varie d'une région à l'autre, plusieurs initiatives visant la mise sur pied de tels comités voient le jour. Le soutien du RQASF a été sollicité à ce propos, tant de la part des groupes de femmes que par la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (CRRSSSQ) et par la Régie régionale de Montréal-centre. C'est dans ce contexte que le RQASF a jugé pertinent, dix ans après la réforme de la santé et des services sociaux, de faire le point sur la mise en place et le fonctionnement des comités aviseurs, ainsi que sur les motivations des groupes qui ont refusé cette structure et sur les alternatives qu'ils ont développées pour se faire entendre.

La recherche avait comme but de comprendre et analyser, dans l'ensemble des régions du Québec, les dynamiques d'action développées par les groupes de femmes dans la mise en place et le fonctionnement des comités aviseurs, leur permettant de représenter et de défendre les intérêts des femmes en matière de santé. Ceci, en privilégiant de donner la parole aux représentantes des groupes de femmes impliquées et en s'appuyant sur leur expérience et le bilan de leurs actions.

Les questions soulevées ici sont d'autant plus pressantes qu'elles se posent dans le contexte du projet actuel de réingénierie de l'État. Elles concernent la pertinence des comités aviseurs, leur influence sur les politiques gouvernementales et la mise à jour d'une définition de la santé des femmes et de leurs besoins spécifiques en matière de santé. Le RQASF souhaite, par les résultats de cette recherche, soutenir et outiller les groupes de femmes dans leurs mandats de défense des besoins des femmes en matière de santé.

# Questions préliminaires



## QUELQUES ÉLÉMENTS DE LA PROBLÉMATIQUE...

---

L'approche féministe en santé des femmes prend sa source au début des années 1970. Les grands questionnements du Mouvement des femmes du Québec, qualifié de deuxième vague, favorisent alors le développement de pratiques et de services alternatifs et incitent les gouvernements à adopter des politiques majeures en matière de santé des femmes.

Au sein du Mouvement des femmes, des projets s'articulent autour des thèmes du corps, du travail, de la parole et du pouvoir. Un courant plus radical se préoccupe davantage des oppressions liées au corps des femmes, en particulier le droit à l'avortement, la remise en question du pouvoir médical, et la dénonciation de la publicité sexiste, des agressions à caractère sexuel et de la violence conjugale. Des centres de santé des femmes naissent sur le terrain des luttes pour le droit à la maternité librement choisie, à l'avortement libre et gratuit, à l'accès à la contraception et contre la violence faite aux femmes. L'approche féministe en santé des femmes, en opposition au discours dominant, s'articule autour de la règle des « 4 D » : déprofessionnaliser, démedicaliser, déséxiser, et dévictimiser. La réforme du système de santé québécois, au début des années quatre-vingt-dix, ouvre la voie à l'ère de la démocratisation et du partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Soucieuses de préserver les acquis concernant les conditions de vie et de santé des femmes, les représentantes des groupes de femmes s'impliquent activement dans les étapes et les structures qui émanent de cette réforme. Elles s'activent, notamment dans les processus d'élections des régions régionales, dans la création des tables régionales de groupes de femmes, et dans la mise en place d'une structure régionale de concertation des organismes communautaires. Les objectifs de démocratisation du système de santé répondent à plusieurs des aspirations des

groupes de femmes et les incitent à s'investir massivement dans la réforme. Des représentantes se font élire et siègent aux conseils d'administration des régions régionales. Or, les groupes de femmes constatent que leurs objectifs divergent de ceux des gestionnaires, cette situation entraînant des chocs culturels, des ajustements, des tensions et parfois des conflits.

Par ailleurs, la régionalisation modifie la dynamique existante entre les paliers régional et national au sein des groupes de femmes. Les groupes de femmes, déjà organisés au niveau national, doivent maintenant se structurer sur une base régionale, ce qui soulève des questions relatives à l'autonomie régionale. Cette nouvelle dynamique, et l'appropriation de stratégies inédites au sein des groupes de femmes, ébranlent parfois la cohésion du Mouvement des femmes, confrontant les particularismes régionaux à l'analyse d'ensemble de la situation et au leadership national exercé avant la réforme.

À partir de 1997 et dans le contexte du virage ambulatoire, les groupes de femmes impulsent à leurs revendications un nouvel élan, notamment dans les travaux de la Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux. Les femmes souhaitent reprendre le discours féministe et conjuguer l'action collective et la représentation. Elles continuent d'investir des lieux de décisions (conseils d'administration, comités et commissions) afin d'avoir accès directement à l'information et d'influencer les décisions dans le sens des intérêts des femmes.



#### **QUELQUES ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES...**

---

Réalisée dans le cadre d'une démarche participative sur le terrain, cette recherche a été encadrée par un « comité de pilotage » formé de membres relais du RQASF. Les échanges à ce comité ont permis le développement d'une approche réflexive à toutes les étapes de la recherche, de la formulation des objectifs à l'analyse des données.



Afin de dresser un portrait de la situation, un sondage a d'abord été réalisé, dans seize régions administratives du Québec, portant sur la présence ou non d'un comité aviseur au sein des régies régionales et sur diverses questions concernant ces comités, notamment sur leur composition et leur fonctionnement. Dans les régions sans comité aviseur, le sondage s'est attardé sur les raisons de cette absence, sur la volonté des femmes à cet égard, et sur les alternatives déployées. Les seize répondantes à ce sondage étaient soit des coordonnatrices des tables régionales de groupes de femmes, soit des représentantes de groupes de femmes siégeant au comité aviseur ou, à défaut de comité aviseur, au comité santé de la table régionale des groupes de femmes.

À la suite de ce portrait sommaire, une enquête qualitative a été menée pour approfondir l'investigation dans dix régions retenues : six avec comités aviseur, deux n'en ayant plus et deux n'en ayant jamais eu. L'échantillonnage a tenu compte du degré de satisfaction des répondantes envers la formule des comités aviseurs, du caractère rural ou urbain de la région ainsi que de l'année de mise en place du comité.

Au total, quarante-deux femmes ont été rencontrées lors de seize entrevues de groupe ou individuelles. Les entrevues semi-dirigées ont porté sur trois grands thèmes : le comité aviseur, la santé des femmes, et les enjeux actuels. Pour plusieurs répondantes, la participation à l'enquête a aussi été l'occasion de se réapproprier des éléments ignorés ou oubliés de leur histoire.

Le RQASF tient à rappeler qu'il visait par cette enquête à connaître le point de vue des groupes de femmes, à l'exclusion des opinions d'autres intervenantes comme les représentantes du réseau de la santé.





# *Sondage auprès des tables régionales des groupes de femmes*



## **LES RÉGIONS AVEC COMITÉ AVISEUR**

---

Les résultats du sondage effectué à l'automne 2001 révèlent que sur quinze régions rejointes, neuf possèdent un comité aviseur. Dans six régions, on en doit l'initiative à des groupes de femmes, et dans trois, à la régie régionale. Alors que deux comités aviseurs existent déjà en 1985 et 1990, donc avant la mise en œuvre de la réforme, sept autres comités voient le jour entre 1992 et 1997.

La composition, les modalités de nomination et les règles de fonctionnement de ces comités varient d'une région à l'autre. Les membres des comités sont nommés soit par la direction de la régie, soit par un comité mixte, soit par les groupes de femmes et les autres groupes concernés. Les participantes à ces comités sont issues de groupes de femmes, d'établissements publics et de la régie régionale, dans des proportions variables d'une région à l'autre.

La durée du mandat, le nombre de réunions, les modalités de convocation ainsi que la définition de l'ordre du jour présentent également de grandes disparités. Huit comités aviseurs adoptent leurs décisions par consensus et un seul procède par vote. Les décisions sont transmises soit par écrit ou verbalement à la direction de la régie, au conseil d'administration ou à un comité spécifique. Un seul comité en fait part à l'assemblée générale de sa table régionale des groupes de femmes.



## **LES RÉGIONS SANS COMITÉ AVISEUR**

---

Six régions sur quinze ne possèdent pas de comité aviseur. Mais, trois en ont déjà eu un, dont deux avant la mise en place de la réforme. On attribue leur disparition à l'absence de pouvoir décisionnel

dans deux régions, et aux changements structurels issus de la réforme dans une autre.

L'absence de comité dans six régions s'explique dans trois cas par la résistance des régies régionales à mettre en place cette instance, et dans trois autres régions par les positions adoptées par les groupes de femmes. Dans une région, ce sont les groupes de femmes qui ont demandé la dissolution du comité. Par contre, les groupes de femmes dans cinq de ces six régions, souhaitent la création d'un comité avisier. Une répondante précise qu'il ne doit pas se limiter pas à de « l'occupationnel ». Certains groupes opteraient pour une forme de comité paritaire avec plus de pouvoir décisionnel.

Les groupes de femmes, dans ces régions sans comité avisier, ont recours à divers moyens pour faire entendre les revendications des femmes tels que la création de Comités santé femmes au sein de certaines tables régionales des groupes de femmes, la présence d'une représentante au conseil d'administration de la régie, et l'établissement de liens avec des personnes clés de la régie ou d'autres organismes du réseau de la santé. Enfin, la transmission des revendications des femmes s'effectue également à l'aide des structures mises sur pied par des regroupements d'organismes communautaires ou des groupes de femmes.

# *L'expérience des représentantes des groupes de femmes*



## **LE PORTRAIT DES RÉPONDANTES**

---

Parmi les quarante-deux répondantes à l'enquête qualitative, une grande majorité, soit trente-huit femmes sont d'origine canadienne. Vingt-huit femmes font partie des groupes d'âges de 40 ans et plus, et trente femmes ont complété des études universitaires. Au niveau professionnel, trente-huit femmes œuvrent au sein des groupes de femmes, et vingt-deux y occupent un poste de coordination ou de direction. Enfin, trente-cinq femmes sont actives depuis plus de cinq ans dans le mouvement des femmes et vingt-cinq ont plus de dix années d'expérience en représentation politique, formant un échantillon de représentantes chevronnées des groupes de femmes.



## **L'ENQUÊTE QUALITATIVE SUR LES COMITÉS AVISEURS**

---

### **La mise en place des comités aviseurs**

Lors de l'introduction de la réforme de la santé et des services sociaux, les groupes de femmes se sont activés pour se réorganiser par rapport aux nouvelles régions administratives et pour mieux comprendre les enjeux en émergence. Les représentantes des groupes de femmes cherchaient avant tout à faire reconnaître le secteur « femmes » par les régies et les groupes communautaires, sans nécessairement accorder la priorité à la mise en place de comités aviseurs. Elles visaient principalement à être reconnues par cette nouvelle structure et souhaitaient s'inscrire dans les instances de la régie régionale, en occupant par exemple, un siège au conseil d'administration.

Sur les dix régions visées par l'enquête, huit ont fait l'expérience d'un comité aviseur et dans six régions ce sont les groupes de femmes qui en ont sollicité la création, représentant une volonté déjà à l'œuvre avant la régionalisation et le désir de faire reconnaître leur expertise auprès du nouveau bailleur de fonds. Dans toutes les régions, les femmes réclamaient également une répondante à la condition féminine.

Les groupes de femmes se sont intéressés à l'implantation des comités aviseurs et à la place de la répondante à la condition féminine pour trois raisons principales : obtenir une reconnaissance de leur travail et de leur expertise, assurer leur financement et conserver leur acquis à ce sujet, et accéder aux instances de pouvoir sur les questions relatives à la santé des femmes.

La mise en place des comités aviseurs a suivi trois cas d'espèces différents : un accueil favorable réservé à la demande des groupes de femmes, un rejet de cette demande par la régie ou la formation du comité à l'instigation de la régie régionale.

### **La structure et l'organisation des comités aviseurs**

Composés de sept à quatorze personnes, les comités ont parfois du mal à combler tous les postes, particulièrement lorsqu'un poste est réservé à une représentante des usagères.

La composition des comités se présente suivant trois modèles différents. Le premier modèle, utilisé dans quatre régions sur six, est nommé « mixte » en ce sens qu'il regroupe des représentantes des groupes de femmes, du réseau de la santé ou d'autres organismes publics. Ce modèle présente l'avantage de mettre en commun des expertises différentes et de favoriser une vision globale des conditions de vie des femmes. Le deuxième modèle dit « réseau public » réunit une majorité de femmes issues du réseau de la santé, et les représentantes de groupes de femmes y sont en minorité. Dans les régions sans comité aviseur, les représentantes de groupes de femmes ont été appelées à participer à des

instances dont la composition s'apparente à ce deuxième modèle. Le troisième modèle, « groupes de femmes » est constitué majoritairement de représentantes des groupes de femmes.

Au-delà de ces considérations, les représentantes des groupes de femmes font état de l'ambiguïté de leur mandat. Elles vivent une double contrainte en ce sens qu'elles sont nommées par leurs groupes pour les représenter, tandis que la régie régionale leur reconnaît exclusivement une représentation individuelle. Les documents des régies régionales stipulent d'ailleurs clairement que les femmes siègent sur ces comités en raison de leur expertise en condition féminine et non à titre de représentantes de leur organisme.

Les objectifs poursuivis par les groupes de femmes dans ces comités se réfèrent à la notion de « spécificité des femmes », expression qui recoupe les besoins spécifiques des femmes, leur socialisation et les attitudes qu'elles ont développées en regard de leur santé et de celle de leurs proches. On distingue trois types d'approches dans l'application du mandat des représentantes : une « logique d'alimentation » basée sur une volonté de partage d'expertises et d'enrichissement mutuel, une « logique de sollicitation » axée davantage sur les demandes financières, et une « logique d'imputabilité » fondée sur la nécessité de s'assurer que la régie applique ses programmes en matière de santé des femmes. Les trois logiques sont présentes partout et à des degrés divers selon les périodes données, les logiques de sollicitation et d'imputabilité ont parfois été la source de tensions, alors que la logique d'alimentation a favorisé les échanges.

En matière de hiérarchie et de pouvoir, les comités relèvent généralement de la direction de la régie tandis que la majorité des répondantes souhaiteraient qu'il soit redevable au conseil d'administration. Cette opinion est partagée par les régions n'ayant pas fait l'expérience d'un comité avisé, en raison de l'impact que conférerait ce lien direct avec le pouvoir décisionnel. Du reste, un écart réel existe entre l'influence, ou

même le pouvoir souhaité par certaines répondantes, et le mandat de consultation et de recommandation explicité dans les documents officiels de certains comités aviseurs.

En ce qui concerne la répondante à la condition féminine, toutes les femmes rencontrées s'accordent sur l'importance de sa présence à la régie, lui attribuant un rôle d'ambassadrice. Cependant, deux des dix régions n'avaient toujours pas de répondantes à la condition féminine au moment de l'enquête et l'on énonce certaines difficultés principalement liées aux nombreux changements de répondantes et aux limites de son mandat.

## **Les dossiers traités et les stratégies développées par les groupes de femmes**

Un nombre important de dossiers ont été traités au fil des ans par les groupes de femmes. Pour l'ensemble des régions, les dossiers les plus importants sont la santé mentale et la violence faite aux femmes. Le choix des dossiers à traiter dans chaque région découle des priorités de la région, des politiques en matière de condition féminine ou des priorités des groupes de femmes.

Avec ou sans comité avisier, le travail des représentantes des groupes de femmes consiste à développer des programmes, des plans d'action ou des services qui tiennent compte de la spécificité des femmes, à demander du financement, et à tenter de faire pénétrer l'analyse féministe au sein de leur région. De multiples moyens sont utilisés pour réaliser ce travail, notamment les recherches, les colloques et la formation.

Dans l'ensemble des régions, l'élaboration d'avis a été le principal moyen d'action utilisé, même si plusieurs difficultés sont soulevées à ce propos : la nature elle-même des avis, les difficultés pour mettre en opération leurs contenus, et le manque de ressources pour effectuer le suivi rigoureux.

Dans quatre régions avec comité avisier, la priorisation des dossiers est effectuée par le comité soit à la suite d'une décision provenant de la table des groupes de femmes, soit après une présentation de l'ensemble des thématiques par la direction de la région, soit encore en fonction des besoins identifiés comme urgents par les groupes de femmes. Si le choix des dossiers ne semble pas créer de controverse, les répondantes se posent de nombreuses questions sur l'absence de la « spécificité femme » en santé mentale, sur le rôle du comité avisier, sur la place de la représentante de la région au comité, et sur le plan d'action relatif à la violence faite aux femmes.

Dans les régions sans comité aviseur, les groupes de femmes ont recours, en plus de l'élaboration d'avis, à la présentation de mémoires lors de consultations et à l'intervention systématique aux réunions du conseil d'administration de la régie. Les groupes de femmes participent à des commissions ou des comités, mais souhaitent la création d'instances directement redevables au conseil d'administration. Certains groupes ont opté pour l'organisation d'activités susceptibles d'interpeller les centres de décisions et enfin, dans une région, les groupes de femmes ont choisi d'abolir le comité aviseur et de solliciter directement les ressources du réseau public avec lesquelles on pouvait développer des projets.

### **Un portrait de la santé des femmes**

Les témoignages des répondantes à l'enquête ont permis d'établir un portrait de la situation de la santé des femmes dans plusieurs régions, faisant état de l'énorme défi et du travail qu'il reste à faire en cette matière.

Alors que certaines considèrent la santé comme un état de bien-être physique et moral, d'autres envisagent celle-ci dans une perspective globale qui tient compte des conditions physiques, psychologiques et socioéconomiques. La pauvreté touche un nombre de plus en plus important de femmes qui fréquentent les groupes et les intervenantes sont plus souvent confrontées à la « misère sociale ». De cet état découlent non seulement des besoins de base non comblés, mais aussi des situations de conciliation travail-famille difficiles pour les femmes monoparentales, en plus de représenter une source de stress néfaste à la santé mentale. À cet élément central s'ajoutent l'isolement, la dépression, la surmédication, la détresse, la violence physique et psychologique, les agressions sexuelles et l'épuisement.

La consommation massive de médicaments par les femmes pour faire face à divers problèmes, inquiète plusieurs répondantes et rend l'intervention plus difficile. Même s'il existe des alternatives et d'autres ressources disponibles, comme les CLSC, les groupes de femmes



ou les organismes communautaires, la médication semble encore s'avérer la solution la plus accessible et celle privilégiée par plusieurs médecins.

Des répondantes s'inquiètent aussi de l'état de santé des femmes âgées, ainsi que des plus jeunes chez qui l'on constate une augmentation du taux de suicide et des comportements violents. Ce dernier groupe d'âge soulève par ailleurs des préoccupations sur des questions liées à la contraception, à la maternité et à l'avortement. On souligne enfin l'absence de services adaptés à des groupes spécifiques, comme les femmes handicapées, les femmes autochtones et de communautés culturelles, et les lesbiennes.

Trois problématiques spécifiques retiennent particulièrement l'attention des répondantes. Il s'agit de la violence faite aux femmes avec ses effets à la fois physiques et psychologiques, des problèmes de toxicomanie, et d'une problématique ayant trait à certains aspects liés au corps et à la santé reproductive et sexuelle des femmes. Plusieurs évoquent des lacunes dans les services adaptés à la grossesse et à l'accouchement, ainsi qu'en matière d'avortement. La sexualité des femmes est méconnue et les divers aspects du cycle sexuel, puberté, menstruation, contraception et ménopause, sont considérés sous l'angle de la maladie.

Les répondantes constatent qu'en dehors des centres urbains, les femmes rencontrent des difficultés d'organisation plus importantes en raison, notamment, de l'isolement et connaissent des problèmes de confidentialité. Par contre, certaines problématiques comme le sida, la prostitution, la pauvreté, l'itinérance et l'immigration ressortent avec plus d'évidence en milieu urbain.

L'accès aux services de santé se réduit de plus en plus, particulièrement en région où l'on constate une carence de spécialistes et même de généralistes. Les ressources en médecine familiale et en planning demeurent aléatoires et leur accès en est davantage limité par l'absence de transport en commun.

Responsables de la santé des autres, particulièrement depuis le virage ambulatoire, les femmes ne s'accordent pas, à elles-mêmes, autant d'attention. Les répondantes remarquent qu'elles sont insuffisamment informées, qu'elles demeurent soumises à l'autorité symbolique du médecin et qu'elles n'osent pas poser de questions. Aussi, pour les groupes de femmes, informer, éduquer et conscientiser demeurent des objectifs fondamentaux en matière de santé.

En raison de leur socialisation, les femmes sont trop souvent victimes des critères de beauté où la recherche de la minceur et de la jeunesse prime sur la santé. Elles sont également soumises à la performance, assumant à la fois les rôles de mère, de travailleuse et d'aidante naturelle. L'inégalité dans le partage des tâches, la pauvreté et la discrimination sont autant de facteurs qui affectent la santé des femmes.

Par ailleurs, les commentaires recueillis dans les entrevues font état d'une détérioration de la santé des travailleuses des groupes de femmes. Leurs tâches se sont alourdies suite à la réforme de la santé, tandis que leurs conditions de travail sont demeurées précaires et difficiles. Les militantes sont souvent devenues des travailleuses et la gestion collective et démocratique a cédé la place dans plusieurs groupes à un fonctionnement par projet, plus traditionnel et plus exigeant. Les travailleuses subissent des préjugés anti-féministes et sont parfois jugées sévèrement. Tous ces éléments ont comme conséquence un grand roulement de personnel et les tensions, les exigences et l'instabilité affectent autant les nouvelles que celles qui demeurent en poste. Enfin, les besoins de consommation poussent certaines travailleuses à cumuler plusieurs emplois, en plus de leurs responsabilités familiales qui représentent déjà un travail à temps plein.

Tous les témoignages entendus dans cette enquête concourent à lancer un signal d'alarme sur la santé des femmes et sur la nécessité d'orienter les interventions en fonction des besoins spécifiques des femmes.

# Bilan et perspectives d'avenir



## BILAN DES COMITÉS AVISEURS

---

Le premier sondage effectué auprès des tables régionales des groupes de femmes dresse un bilan positif des comités aviseurs. En effet, 88 % des répondantes se disent satisfaites et soutiennent que les comités aviseurs permettent d'influencer les politiques gouvernementales et de défendre les besoins des femmes en matière de santé. Malgré certaines difficultés à faire reconnaître la spécificité des femmes et à assurer un suivi des recommandations, la majorité des répondantes signalent la réponse positive aux besoins des femmes. Au niveau politique, la question des femmes est enfin prise en considération, même si une majorité de répondantes déplorent les lenteurs du système, les communications difficiles avec la régie et le peu de place accordée à la question des femmes. Enfin, les opinions sont partagées presque à égalité entre celles qui estiment que le comité aviseur exerce une influence réelle sur la régie et celles qui soutiennent que son pouvoir est limité.

Toutefois, le portrait qui se dessine de l'enquête qualitative effectuée six mois plus tard, présente un bilan très négatif des comités aviseurs. Entre-temps, trois régions ont connu des situations difficiles au sein de leur comité aviseur.

Alors que certaines répondantes voient d'un œil favorable la dynamique de travail dans les comités, l'intérêt de la régie pour ses travaux et la reconnaissance qui en découle, d'autres font valoir les nombreuses raisons de leurs insatisfactions : démobilisation des effectifs dans les comités, apport insuffisant de la régie, liens difficiles avec la répondante à la condition féminine, restructuration du comité et perte de pouvoir, modification du fonctionnement, et lacunes dans la conduite des dossiers et leur impact réel sur la régie.

De plus, des répondantes estiment que leur investissement dans la concertation régionale s'est effectué au détriment de leur engagement à titre de membres d'une fédération ou d'un regroupement provincial.

Au chapitre des gains figure d'abord le financement accordé pour la mise en œuvre des comités aviseurs ou des comités santé, pour la consolidation des ressources, pour la réalisation de recherches, et pour la mise sur pied de services spécifiques. Des répondantes soulignent des progrès au niveau de la reconnaissance obtenue et d'autres font état de la conscientisation et de la sensibilisation au sein des régies régionales, avancées importantes et consécutives aux travaux des comités. On invoque également des retombées positives en matière de solidarité, suite au partage des expertises.

Les insatisfactions soulevées par les répondantes ont trait soit à la dynamique des comités, soit à des éléments de conjoncture. Les rapports avec la régie et le roulement de son personnel représentent les principales difficultés, notamment en l'absence d'une répondante à la condition féminine. Les répondantes soulignent plusieurs contraintes liées au partenariat : l'apprentissage nécessaire, l'énergie investie versus le peu de résultats, l'intégration à un nouveau milieu et le choc de deux visions différentes. Le plaisir de travailler s'en trouve atténué et certaines répondantes ont de la difficulté à concilier la mission de leur groupe avec leur mandat au sein du comité aviseur.

En outre, les répondantes déplorent la difficulté de combler tous les postes, reflétant celle des groupes de femmes à assumer la relève de la représentation politique. Elles évoquent également l'effet démobilisateur provoqué par les problèmes internes des groupes de femmes. Enfin, suite à la cinquième orientation de la Politique en matière de condition féminine, certains groupes de femmes ont priorisé les dossiers à caractère économique sur les dossiers relatifs à la santé et se sont investis davantage dans les Centres locaux de développement (CLD) et les Conseils régionaux de développement (CRD).



En termes de défense des besoins spécifiques des femmes en matière de santé et d'impact réel sur les politiques gouvernementales, les comités aviseurs représentent donc un moyen d'intervention parmi un ensemble d'actions se situant à la fois dans une stratégie de pression intérieure, axée sur le partenariat, et dans une stratégie de pression extérieure faisant appel à la médiatisation et à la mobilisation.

Au sein même des comités aviseurs, l'écart entre le pouvoir souhaité, soit un pouvoir décisionnel, et le pouvoir effectif, soit celui d'influencer les décisions, a suscité à l'occasion des incompréhensions et des déceptions. Des dynamiques d'actions diverses prévalent d'une région à l'autre, résultant entre autres de la culture organisationnelle des groupes de femmes, de leur tradition politique, et du contexte dans lequel le comité aviseur a pris forme.

L'ensemble des femmes interrogées soulève la marginalisation de l'analyse féministe. On établit une distinction nette entre « maladie » et « santé ». On déplore par exemple que la grossesse, la ménopause et l'accouchement soient traités comme des maladies. Les groupes de femmes devront accorder plus d'attention aux conditions de vie des femmes, particulièrement en regard d'un statut socioéconomique qui fragilise leur état de santé. Les femmes ont intérêt à cerner davantage leurs besoins et leurs valeurs en matière de santé face à une structure médicale qui ignore l'approche féministe et néglige la prévention et les ressources alternatives. Certaines femmes déplorent une forme de sexisme dans l'établissement de diagnostics et de traitements. Le manque d'écoute de la part des médecins est particulièrement notable en ce qui concerne la santé mentale des femmes, domaine empreint de préjugés et souvent isolé de ses déterminants sociaux.

Les groupes de femmes sont confrontés au défi de développer collectivement une approche globale de la santé des femmes, alors que les dossiers sont nombreux et qu'une tendance à la spécialisation est présente, particulièrement en regard de l'expertise développée par plusieurs regroupements.



## PERSPECTIVES D'AVENIR

---

Toutes les répondantes, sauf dans une région, entendent poursuivre leur travail dans les structures régionales. Toutefois, sans remettre en cause l'existence des comités aviseurs, les femmes interrogées se posent de nombreuses questions. Dans une région, on estime que la répondante à la condition féminine pourrait représenter les groupes. Mais la présence de cette répondante n'élimine pas la nécessité pour les groupes de femmes de se regrouper et d'être reconnus comme la principale référence en matière de santé des femmes. D'autres types de structures, plus militantes et axées sur l'action, pourraient également remplacer ou exister parallèlement au comité aviseur. Des répondantes soulignent également l'importance de l'intervention politique tant au niveau régional que provincial, ce dernier palier ayant été négligé ces dernières années. Enfin, certaines se disent préoccupées par l'importance de défendre l'approche et le projet féministe, notamment en regard de la montée du discours masculiniste. Il importe de questionner le rapport au pouvoir et de développer une vision critique de la pratique des groupes de femmes, tout en acceptant qu'il n'existe pas de modèle unique de fonctionnement des comités aviseurs.

Si la nécessité de la présence d'une répondante à la condition féminine semble faire l'unanimité, on rappelle toutefois l'importance de clarifier son rôle et son mandat. Représentant la volonté des groupes de femmes et des comités dans les instances de la région, la répondante à la condition féminine devrait jouer un rôle politique en regard des orientations gouvernementales en matière de santé des femmes.

De la même façon, le mandat des représentantes des groupes de femmes dans les instances régionales demande à être revu. La représentation, basée sur l'expertise et sur la sensibilité individuelle à la cause des femmes, constitue un recul par rapport aux modèles de représentation de groupe. Les intérêts des femmes en matière de santé devraient être définis collectivement et les représentantes considérées comme imputables face aux groupes de femmes.



Pour terminer, les répondantes signalent l'importance de maintenir une vision critique de l'analyse différenciée selon les sexes. Cette approche, qui vise à déterminer les impacts de certaines mesures sur la situation des femmes, ne correspond pas automatiquement à l'analyse féministe. Le renforcement du courant masculiniste suscite des craintes, notamment sur la question du partage des ressources financières. Des féministes doutent des bienfaits de cette approche pour les femmes dans le contexte actuel.





# Conclusion

Les groupes de femmes se sont intéressés à l'implantation des comités aviseurs principalement pour trois raisons : obtenir une reconnaissance de leur expertise, assurer leur financement, et accéder aux centres de pouvoir.

Un premier sondage a permis d'établir qu'il n'existe pas de portrait unique en ce qui concerne les comités aviseurs. Sur quinze régions sondées, six ne possèdent pas de comité pour diverses raisons. Dans ces régions des moyens alternatifs ont été mis en œuvre pour défendre les intérêts des femmes. Dans les régions avec comité aviseur, on constate une grande diversité dans leur processus de mise en place et leurs modalités de fonctionnement.

L'enquête qualitative a permis aux représentantes des groupes de femmes de témoigner des contraintes vécues en rapport avec leur mandat. Déléguées d'une part en tant que représentantes de leur organisme, elles sont considérées, d'autre part, par la régie, comme des expertes siégeant à titre individuel. La question du pouvoir fait également l'objet de préoccupations. En effet, les comités aviseurs ont un pouvoir de recommandation et ils sont généralement redevables à la direction de la régie plutôt qu'au conseil d'administration.

Toutes les femmes interrogées souhaitent la présence d'une répondante à la condition féminine dans leur région, non sans rappeler toutefois les ambiguïtés de son mandat.

Tout en élaborant des plans d'action pour défendre la spécificité des femmes au sein des instances régionales, les représentantes concentrent l'essentiel de leur action sur l'élaboration d'avis, mais constatent qu'il est rarement possible d'effectuer un suivi rigoureux, faute de ressources.

L'enquête a également permis de dresser un portrait de la santé des femmes dans plusieurs régions. Selon les répondantes, les conditions de vie des femmes qui fréquentent les groupes se sont détériorées au cours des dernières années, principalement en raison de la pauvreté grandissante. Des problèmes de santé mentale et de surmédicamentation touchent un grand nombre de femmes alors qu'on déplore l'absence de services adaptés à des groupes spécifiques comme les jeunes ou les femmes handicapées. Des problématiques particulières sont inhérentes aux centres urbains et aux régions rurales. Les travailleuses des groupes de femmes, elles-mêmes, n'échappent pas à cette détérioration de l'état de santé des femmes. Les objectifs d'information, d'éducation et de conscientisation demeurent fondamentaux pour les groupes de femmes, et les représentantes, qui soulèvent des questions relatives à la santé des femmes lors de leurs représentations dans les instances régionales, font face à un énorme défi.

De positif qu'il était lors d'un premier sondage, le bilan des comités aviseurs s'est avéré négatif suite aux propos recueillis lors de l'enquête qualitative. Certains gains sont réels au nombre desquels on compte le financement, la consolidation des ressources, la reconnaissance et les solidarités nouvelles. Mais les insatisfactions sont nombreuses. On rapporte les relations compliquées avec la régie, les difficultés liées au partenariat, la marginalisation de l'analyse féministe, et à la double contrainte vécue par les représentantes des groupes de femmes qui doivent siéger sur les comités à titre individuel. L'écart entre le pouvoir souhaité et le pouvoir réellement exercé est également une source de déceptions. Il en ressort que l'impact réel sur les politiques gouvernementales résulte d'un ensemble d'actions parmi lesquelles les comités aviseurs ne représentent qu'un des moyens de pression intérieure. Les groupes de femmes doivent défendre une approche globale de la santé des femmes, faire reconnaître la distinction entre « maladie » et « santé » tout comme la place à accorder à la prévention et aux ressources alternatives. Face à la persistance du sexisme dans les attitudes des médecins, les femmes doivent poursuivre la réflexion sur leur conception de la santé des femmes et défendre l'approche féministe.



Les répondantes reconnaissent la nécessité de poursuivre leur implication dans les instances régionales, tout en envisageant divers modèles de comités et de nouveaux moyens d'action. On note l'importance de porter les revendications au niveau politique, d'assurer le suivi des dossiers et d'intégrer l'approche féministe dans les comités. La nécessité de la présence d'une répondante à la condition féminine dans chaque région fait l'unanimité, même si son mandat demande à être reconsidéré. De la même façon, le mandat des représentantes des groupes de femmes devrait être orienté vers une imputabilité face à leurs groupes.



# Liste des recommandations du RQASF

Le bilan qu'ont tracé par les représentantes des groupes de femmes permet de constater que, majoritairement, elles ont investi les instances régionales. La façon dont plusieurs l'ont actualisé reflète des logiques différentes et un pluralisme participatif : leurs intentions initiales étaient multiples et les dynamiques qui ont découlé de leur participation ont été différentes. Toutefois, ces représentantes avaient bien comme objectif commun d'agir ensemble pour la santé des femmes.

Conformément à la Déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la Santé<sup>1</sup>, le RQASF croit que : «Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui lui sont destinées.»

Pour le RQASF, l'objectif d'améliorer l'accès à des services de santé publics et communautaires adaptés aux besoins des femmes doit se traduire non seulement par la participation des représentantes des groupes de femmes à l'élaboration des programmes et des services, mais également par l'effet de l'ensemble des actions concertées des groupes de femmes aux paliers local, régional et provincial.

LE RQASF TROUVE ESSENTIEL QUE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POURSUIVE, PAR SES POLITIQUES ET SES ORIENTATIONS, SES ACTIONS POUR L'AMÉLIORATION LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES FEMMES; QU'IL FASSE APPEL AUX GROUPES DE FEMMES ET LES INVITE À JOUER UN RÔLE ACTIF ET À TRAVAILLER AVEC LUI, À L'ÉLABORATION ET À L'ÉVALUATION DE POLITIQUES; QU'IL ALLOUE DES RESSOURCES NÉCESSAIRES AFIN QUE DES PROGRAMMES EN CE SENS SOIENT ÉTABLIS DANS CHACUNE DES RÉGIONS ET LOCALITÉS.

---

<sup>1</sup> La déclaration Alma-Ata est issue de la Conférence internationale sur les soins de Santé primaires, OMS, 1978

**1. RÉPONDANTE À LA CONDITION FÉMININE**

---

Afin d'assurer la mise en œuvre des orientations et des politiques gouvernementales en matière de santé des femmes et le développement de services adaptés à leurs besoins, le RQASF recommande que le Ministère assure la présence statutaire d'une répondante à la condition féminine dans chaque instance régionale.

**2. STRUCTURE DE REPRÉSENTATION DES FEMMES**

---

Afin de permettre une prise en compte adéquate des besoins des femmes et de favoriser la coordination régionale en matière de santé des femmes, le RQASF recommande au Ministère de faciliter la mise en place d'une structure de représentation des femmes dans les instances régionales telle que réclamée et définie par les groupes de femmes.

**3. FINANCEMENT DES GROUPES DE FEMMES**

---

Dans son soutien financier à la mission des groupes de femmes, le RQASF recommande que le Ministère prenne en compte à l'avenir le travail de représentations politiques fait par les groupes.

**4. SANTÉ DES TRAVAILLEUSES**

---

Afin de documenter davantage la santé des travailleuses dans les groupes communautaires, le RQASF recommande que le Ministère finance des recherches sur cette thématique.

**5. RECONNAISSANCE D'UN STATUT COLLECTIF**

---

Afin de reconnaître l'expertise des groupes communautaires en santé des femmes, le RQASF recommande que les instances régionales de services de santé et de services sociaux accordent un statut de représentantes de groupes de femmes à celles qui sont nommées à ce titre pour siéger à différents comités et instances.

**6. IMPUTABILITÉ**

---

Afin d'assurer une prise en compte adéquate des besoins des femmes dans la planification et la programmation des services, le RQASF recommande que les structures de représentation des femmes mises en place rendent compte directement au conseil d'administration des instances régionales ou locales de services de santé et de services sociaux.

**7. VITALITÉ DU MOUVEMENT FÉMINISTE**

---

Afin d'assurer la vitalité du projet féministe, le RQASF recommande que le mouvement des femmes mette en place des moyens visant à transmettre l'historique des groupes de femmes, leurs visions et leurs actions dans le domaine de la santé, notamment l'expertise développée au niveau de la représentation politique.

**8. VISION COMMUNE**

---

Afin de développer une vision commune de la santé des femmes et d'assurer la cohésion, le RQASF recommande que les groupes de femmes mettent en commun leurs réflexions et leurs actions et développent un cadre d'action qui serve de guide dans les différentes régions.

**9.****SANTÉ MENTALE ET SURMÉDICAMENTATION**

---

Afin de faire écho aux problèmes des femmes en matière de santé mentale et de surmédication soulevés dans l'enquête, le RQASF a jugé pertinent d'ajouter des recommandations sur cette question. Depuis plusieurs années déjà, les femmes réclament des interventions intégrées en regard de la détresse psychologique chez les femmes. Le rapport « Écoute-moi quand je parle! »<sup>2</sup> propose d'ailleurs diverses pistes d'action en ce sens. Compte tenu de la gravité de la situation décrite par les répondantes, le RQASF tient à réitérer ces recommandations :

- ◆ que le Ministère assure la mise sur pied et la consolidation des services de santé mentale adaptés aux besoins des femmes, qui soient accessibles sur les plans financier, géographique et culturel;
- ◆ que le Ministère soutienne le développement de programmes éducatifs sur les dangers associés à la consommation abusive des médicaments, les traitements médicaux non pertinents ainsi que les alternatives disponibles.

---

<sup>2</sup> Rapport du comité de travail sur les services en santé mentale offerts aux femmes, 1997